

POUČENÍ O VÝKONU

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka)** :.....

Oddělení:.....Poučení provádějící lékař:.....

Vážená paní, vážený pane,

rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročetl/a následující informaci a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu.

Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamíčkujeme žádnou závažnou skutečnost.

Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjmacího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

Název výkonu: PERKUTÁNNÍ RADIKULOTERAPIE (PRT)

Důvod k provedení výkonu:

Dlouhotrvající bolesti páteře, event. bolesti po operaci páteře.

Vyšetřovací postup:

Provádí se u hospitalizovaných i ambulantních pacientů bez nutnosti anestézie. Vyšetření provádíme pod CT kontrolou vleže na břiše, ruce jsou vzpažené. Po zavedení jehly do správné pozice aplikujeme směs analgetika a léku s protizánětlivým účinkem. Místo vpichu sterilně zalepíme, správné rozložení léčiv kontrolujeme ještě následným CT vyšetřením. Doba výkonu je asi 15 – 20 min..

Očekávaný výsledek:

Ústup bolesti, zlepšení chůze a vymizení zánětlivých projevů.

Komplikace:

Po aplikaci léčiv je časté přechodné znecitlivění nohy na postižené straně až přechodná porucha hybnosti, která nejvýše během jednoho dne ustoupí.

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/provedení výkonu a všech shora uvedených skutečnostech.

V Břeclavi dne: v hod.:
Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře

Souhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka):

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném výkonu a o všech souvisejících skutečnostech, zejména o možných variantách, postupech, následcích a komplikacích. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuelní nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy.

V Břeclavi dne: v hod.: Podpis:
pacient (zákonný zástupce/opatrovník)

Nesouhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka):

Po podrobném vysvětlení a objasnění jsem navrhovaný výkon odmítl/a. Byl/a jsem dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu, možných nepříznivých následcích a rizicích, které pro mě mohou v důsledku odmítnutí výkonu nastat.

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o shora uvedených skutečnostech, kterým jsem plně porozuměl/a. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy. Přes toto výslovné poučení odmítám výkon perkutánní radikuloterapie (PRT).

V Břeclavi dne: v hod.: Podpis:
pacient (zákonný zástupce/opatrovník)

Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav* z důvodu:.....

.....
.....

podepsat, svou vůli však projevil takto:

.....
.....

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník): Podpis:.....

* nehodící se škrtněte

** u osob nezletilých, pacientů s omezenou svéprávností